Castillo (Alf.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

LIGERO ESTUDIO

SOBRE LOS

ABSCESOS DE LA FOSA ILIACA INTERNA

TÉSIS

Que para el exámen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

ALFONSO CASTILLO

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México, Ayudante en la clase de Anatomía Topográfica, ex-Practicante de la sétima Demarcacion, miembro de la Sociedad Filoiátrica y Practicante libre de los Hospitales de Beneficencia.



MÉXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO, EN EL EX-ARZOBISPÁDO
Dirigida por Sabás A. y Munguía.

1888

Canáis.

Recibe mi tesis como un testimonio del aprecio que te tengo

El autor

A mis queridos Padres.

Por el anhelo que siempre habeis tenido en educarme, os dedico mi primer trabajo en el momento más solemne de mi vida.

Aceptadlo con la ingenuidad que tanto os caracteriza.

AL EMINENTE CIRUJANO

Dr. FRANCISCO DE P. CHACON

Débil prueba de gratitud.

AL INSTRUIDO

Dr. MIGUEL CORDERO

Como un testimonio insignificante de mi consideracion y aprecio.

AL DISTINGUIDO PROFESOR DE HIGIENE

Dr. LUIS E. RUIZ

A quien soy deudor de inmerecidas consideraciones.

AL MODESTO É INTELIGENTE

Dr. RAMON ICAZA

Homenaje de mi respetuoso cariño.

SEÑORES:

ALTAMENTE difícil es la situacion del alumno cuando al llegar el término de sus estudios, se encuentra con el requisito indispensable de presentar ante el Jurado, que va á decidir de su porvenir social, una prueba por escrito sobre un punto cualquiera de Medicina ó Cirujía.

Mucho he vacilado en la eleccion del punto que es el objeto de este pequeño trabajo; ¿y por qué? Porque durante el poco tiempo que está el alumno en los hospitales, le es imposible dedicarse con especialidad al estudio de tal ó cual categoría de conocimientos, condicion en mi humilde concepto, necesaria para esclarecer las numerosas dudas que habitualmente acompañan al estudio de toda cuestion de esta ciencia tan vasta y difícil, á la cual tengo la honra de haberme dedicado.

Me limitaré, pues, en esta tésis, á referir algunos de los hechos que confirmen las opiniones más probables sobre el estudio de los abscesos de la

fosa ilíaca; pero antes advertiré que abrigo la profunda conviccion de que con los primeros conocimientos de medicina que posee todo alumno, jamas se puede hacer un trabajo que presente esa novedad, esa originalidad que son el verdadero motivo generador del adelanto y del progreso de nuestra ciencia.

HISTORIA, DEFINICION Y DIVISIONES.

El estudio de los abscesos de la fosa ilíaca data de épocas lejanas; los parteros fueron los primeros que observaron esta enfermedad, pues aunque á algunos cirujanos les habian llamado la atencion las colecciones purulentas en la fosa ilíaca interna, era preciso llegar hasta Dellamotte, Levret, Bourienne, Puzos, Deleurye y otros muchos, para encontrar descripciones de cuya utilidad no podria dudarse. Sin embargo, á pesar de la bondad de sus observaciones, se sentia un vacío que era preciso llenar y que llevó más tarde á varios cirujanos á emprender un estudio minucioso sobre tan importante afeccion. No obstante, reconocerémos siempre un gran mérito á los que por primera vez emprendieron tan difícil estudio, pues si es cierto que sus descripciones no son del todo completas, tienen en cambio la gran satisfaccion de haber sido los primeros en llamar la atencion de los médicos sobre dicha enfermedad, y dar los primeros pasos en el camino que más tarde debia de recorrerse.

Viene despues Dupuytren enseñando á sus discípulos en su clínica, los abscesos de la fosa ilíaca y marcándoles una á una las diferentes fases bajo las cuales se nos pueden presentar fuera del estado puerperal. Dance y Ménière emprenden al mismo tiempo un excelente trabajo, al cual Velpeau, Piotay y Levatard, agregan hechos numerosos no menos interesantes. Pero sobre todo, á Grisolle es á quien la medicina debe un completo estudio de esta entidad morbosa, el que en su excelente Monografía vino á darnos las luces suficientes en los puntos que aún permanecian oscuros.

En México podemos decir que el notable clínico Dr. Manuel Carmona y Valle, el distinguido cirujano Dr. Francisco de P. Chacon y el instruido Dr. Miguel Cordero, han dado un impulso más al difícil problema que tanto ha preocupado á médicos y cirujanos desde la antigüedad.

Los abscesos de la fosa ilíaca son definidos de maneras muy distintas por los autores. Unos quieren que se consideren como tales todas las colecciones purulentas desarrolladas tanto en la pared abdominal como en la fosa ilíaca propiamente dicha, así como los abscesos por congestion; otros toman como abscesos de esa region, solamente las colecciones de pus comprendidas entre el peritoneo que tapisa la pared abdominal posterior por una parte y la superficie del músculo ilíaco por otra.

Basta recordar un momento la disposicion que afecta el fascia ilíaca en la region que nos ocupa, para aceptar la division más comun que se hace

de los abscesos en *sub-peritoneales*, que están comprendidos entre el peritoneo y el fascia ilíaca, y *sub-aponeuróticos*, comprendidos entre el fascia ilíaca y la superficie del músculo ilíaco, supuesto que la region, en sus relaciones con las colecciones purulentas, está dominada por la disposicion que afecta dicha aponeurosis.

Algunos van más lejos en sus divisiones, y los subdividen en sub-peritoneales, sub-aponeuróticos, inter-musculares y sub-musculares, reservando la denominacion de psoitis á las inflamaciones del tejido celular del músculo psoas.

Etiología.

Los abscesos de la fosa ilíaca son más frecuentes á la edad de veinte á treinta años. Se comprende desde luego que las causas de dichos abscesos pueden ser muchas, si se tiene en cuenta los numerosos lazos de continuidad ó contigüidad que unen esta region á los órganos importantes entre los cuales se encuentra la misma. Desde luego diré que la referida afeccion es más frecuente á la derecha que á la izquierda, y no sé hasta qué punto pudieran admitirse las explicaciones que se han dado para la pretendida predileccion de un lado más que del otro, como son: la de que las materias alimenticias, teniendo que circular en este lugar contra la accion de la gravedad, se acumulan en este lado y predisponen más al absceso; la fre-

cuencia y la diversidad de las lesiones orgánicas del ciego, que pueden determinar la inflamacion del tejido celular sub-peritoneal; por último, la inflamacion de la mucosa intestinal y su propagacion al tejido conjuntivo sub-peritoneal que algunos invocan para explicar la mayor frecuencia de los abscesos ilíacos á la derecha que á la izquierda, no deja de tener su razon de ser; basta recordar que el intestino grueso del lado derecho no está rodeado del peritoneo en toda su circunferencia, sino únicamente en su porcion anterior, para convencerse de que es más fácil la propagacion de una flegmasia á la fosa ilíaca interna correspondiente, vista la menor resistencia anatómica al proceso flegmásico extensivo. Pero cualquiera que sea la explicacion que se dé, el hecho es que los abscesos de la fosa ilíaca son más frecuentes á la derecha que á la izquierda, como lo demuestran las estadísticas de Grisolle, Jaccoud y otros. Fuera del estado puerperal, el hombre está más predispuesto que la mujer, como resulta de las observaciones de Dupuytren, Dance y Ménière, que han encontrado sobre cincuenta y seis casos, cuarenta y seis para el hombre y únicamente diez para la mujer. Y aunque en la constitucion anatómica de los órganos no encontramos una explicacion plausible de la mayor frecuencia en el sexo masculino que en el femenino, sí creo que en gran parte esta predisposicion es debida á la clase de ejercicios y profesiones del hombre, y al hecho de estar este más expuesto á los traumatismos.

En el estado puerperal, una de las terribles

complicaciones es la lesion que estudiamos, y que se desarrolla generalmente al tercer dia en que los dolores aparecen y la fiebre se enciende, como sucede, por lo comun, en un órgano herido y atacado de flegmon, supuesto que el útero puede ser considerado como tal despues del parto (Jaccoud). Raro es que los flegmones aparezcan despues de quince dias, y más raro aún en una época más lejana. En este estado, los abscesos ilíacos son, al contrario, más frecuentes á la izquierda que á la derecha, como lo ha notado Grisolle, sin haber dado una explicacion satisfactoria de esta eleccion de lugar.

La genesis de los flegmones ilíacos en el estado puerperal seria, segun Velpeau y Piotay, una metritis, y consecutivamente á ella, por propagacion de la flegmasia, la afeccion que describimos. Levret creia que los flegmones iliacos eran la consecuencia de una metástasis lechosa, fundado en que la aparicion de aquellos coincidia con la desaparicion de la secrecion lechosa. En el estado actual de la ciencia, la fuente de la explicacion la encontramos en los vasos, y su mecanismo es muy sencillo haciéndola partir de las trombosis venosas. Se ven, efectivamente, flebitis y angioleucitis uterinas, que son la causa de la inflamacion del tejido celular, de los ligamentos anchos y de la fosa ilíaca.

Los cuerpos fibrosos del útero pueden ser causa de los abscesos, como lo prueban dos casos observados por Jaccoud. Las enfermedades de la *S* ilíaca, las inflamaciones del intestino, las perfora-

ciones del ciego, el testículo anormalmente colocado, la peritonitis, la psoitis, la periostitis y la osteitis del hueso ilíaco, son causas de los flegmones ilíacos. La constipacion es una de las causas que se invocan tambien en la produccion de este proceso flogístico, y aunque esto es más raro, se han visto casos que comprueban esta asercion. La tiflitis y la peritiflitis, los abscesos estercorales, la perinefritis misma, pueden originar la propia afeccion.

Fuera de estas causas, los esfuerzos de las largas jornadas (observacion número 1 del Dr. M. Cordero), las contusiones, las heridas, las lesiones huesosas de la region, el adeno-flegmon, las colonias de microbios flogógenos que se depositan en el tejido celular sub-peritoneal, todos son motivos patógenos de los referidos abscesos.

Por último, señalaré un caso observado por Velpeau, en que la inflamacion de la bolsa serosa situada entre el pubis y el tendon del psoas, fué más que suficiente para producir un absceso sub-aponeurótico.

Anatomía y fisiología patológicas.

Se comprende desde luego que las lesiones que pueden producir los abscesos ilíacos deben ser muy variadas, segun su modo de terminacion, las complicaciones que pudieran presentarse y la época más ó menos lejana en la cual se produzca la

muerte. Pero en pocas palabras podriamos decir que las lesiones producidas por estos abscesos son las que determinan los abscesos flegmonosos en general, es decir, una cavidad irregular llena de pus. Tendrémos, pues, que estudiar esta cavidad en sus paredes y en su contenido. La cavidad de los referidos abscesos es de dimensiones muy variables, que pueden ser desde el volúmen de un huevo hasta el grado de llegar á invadir toda la region de la fosa ilíaca, alcanzar el arco de Falopio, subir hasta la region renal y aun ocupar la region del lado opuesto, como nos describe un caso Berard, desarrollado despues de un parto. Al fin de este trabajo describiré la historia de una enferma operada por el Dr. M. Cordero (observacion 2.ª) con un éxito brillante, y que presentaba igualmente un absceso que ocupaba á la vez las dos fosas ilíacas y todo el resto de la region retro-peritoneal derecha.

La forma de la cavidad es muy variable. En cuanto á las paredes del absceso, se extienden desde el arco crural hasta una distancia más ó menos grande para alcanzar á veces la region renal. Las falsas membranas de que está rodeada son de un color gris ó negruzco; irregulares y tomentosas en algunos puntos, lisas y pulidas en otros, están algunas veces cubiertas de una pseudomucosa.

El pus contenido en esta cavidad es flegmonoso, franco y bien ligado, mezclado de detritus musculares, de tejido celular ó grasoso, cuando el absceso permanece mucho tiempo sin abrirse.

Cuando el pus se abre en una víscera, es ge-

neralmente fétido, seroso, mal ligado, se mezcla con gases, lo cual se ha observado aun fuera de toda abertura.

La cantidad de pus contenida en el absceso es por lo regular considerable; no es raro encontrar á la autopsia los músculos como disecados; sus fibras alteradas se hallan reblandecidas; el psoas, el ilíaco y el cuadrado lombar son los músculos que más frecuentemente participan de esta alteracion. Aubry cita el caso de un absceso ilíaco sub-aponeurótico, que produjo una destruccion completa del músculo ilíaco y causó finalmente una artritis de la articulacion sacro-ilíaca.

Los abscesos de la fosa ilíaca, lo mismo que cualquiera coleccion purulenta, tienden á abrirse al exterior. Se sujetan, pues, á esta ley general, si se quiere, más que en cualquiera otra parte de la economía. Para conseguirlo, los caminos que siguen son muy variables; ya un absceso se abre por una ó muchas perforaciones en el intestino, y es el caso más frecuente, ya en el peritoneo, y son los más graves, ó bien en la vejiga, eligiendo principalmente su cara anterior. Otros encuentran su puerta de salida en el fondo de saco anterior de la vagina, ó en el útero mismo. Algunos se abren en la piel estableciendo fístulas.

Volviendo á los abscesos que se abren en el intestino y sobre todo en el intestino grueso, es curioso observar que la salida del pus es permitida fácilmente sin que las materias fecales, siguiendo un camino inverso, pudieran penetrar en el foco purulento. Esto lo explica Dupuytren invocando,

primero, la lentitud con que se abren los tumores á que hago alusion; segundo, la oblicuidad del trayecto, y por último, el despegamiento del intestino que obraria á manera de una válvula que se abriria de arriba abajo, ó lo que es lo mismo, del foco hácia el intestino. Los órganos que acabo de enumerar son los que habitualmente elige el proceso que vengo estudiando, para dar salida á su contenido; sin embargo, á Demana (citado por Jaccoud) le fué dado observar un caso curioso en que un absceso se abrió en la vena cava; pues sabido es que los vasos y nervios flotan generalmente en medio de los focos purulentos permaneciendo indemnes.

Se comprende igualmente que los abscesos puedan abrirse á la vez en varios órganos, como tuve la oportunidad de observar un caso cuando cursaba la clínica de cuarto año, en un enfermo que el profesor R. Lavista puso á mi cargo, y cuya historia detallada no hago por no ser más difuso. En pocas palabras diré que se trataba de un individuo como de veintidos años de edad, de constitucion anterior inmejorable; dicho enfermo sufrió un traumatismo en la region trocanteriana del lado derecho, á consecuencia del cual se produjo una osteitis de la cabeza del femur correspondiente, una artritis de la articulacion coxo-femoral del mismo lado, y por propagacion de la flegmasia un vasto flegmon de la fosa ilíaca derecha. Despues de varios dias de estar en este estado, agotado por la supuracion, rodeado del cuadro sintomático consiguiente á las grandes colecciones purulentas, en-

tró al Hospital de San Andrés, donde murió á los seis dias. A la autopsia nos encontramos con que el vasto absceso subia hasta la region renal, en medio del cual el psoas estaba como disecado, los órganos cercanos más ó menos alterados y que habia comunicado con el intestino por tres aberturas y con la vejiga por una.

Hasta aquí hemos visto que lo comun es que los abscesos tienden á abrirse al exterior; pero hay casos en què el pus, encontrándose libre en la cavidad peritoneal, se enquista, permaneciendo allí durante muchos años sin dar lugar á perturbaciones funcionales.

Réstame decir que es muy frecuente encontrar trombosis y edemas del miembro inferior consecutivos á compresiones venenosas.

Síntomas.

Los síntomas bajo los cuales se nos revelan los abscesos ilíacos, pueden ser y son de hecho semejantes en el estado puerperal y fuera de él. Es raro que un calosfrío inicial sea el primer grito de alarma, como á priori se podria suponer. Mas en los abscesos de orígen puerperal, nada extraño seria que se produjeran algunas veces con bastante intensidad. Comunmente un malestar con vómitos de materias alimenticias, constipacion, una sensacion de frio, fiebre y un dolor vivo en la fosa ilíaca, son la traduccion fiel del principio del mal.

El dolor, que es el síntoma más palpitante de esta afeccion, toma algunas veces tal intensidad, que el paciente está condenado á permanecer en la inmovilidad más completa, pues el menor movimiento, el más débil esfuerzo y la más ligera presion, le exaspera extraordinariamente. Los enfermos en este estado relajan instintivamente el vientre, doblando el tronco hácia adelante y poniendo el muslo en la flexion. Sucede frecuentemente que no presenta siempre los mismos caractéres, cualquiera que sea la época en que se declare; algunas veces es vivo y lancinante como en la peritonitis, otras es sordo, oscuro, profundo, y es el caso más comun. Todo movimiento, toda presion y aun la ligera sacudida de la tos, son capaces de exacerbarlo. El sitio en que por primera vez aparece, varía; lo constante es que sea la fosa ilíaca misma; lo raro es que se muestre en un lugar distinto, como en el hipogastrio ó la region inquinal, para de allí irradiarse al muslo y seguir el trayecto del sciático ó de los nervios génito-crurales. El dolor no es siempre efecto de un fenómeno simpático; depende frecuentemente de la influencia que el tumor ejerce sobre los nervios que se van á distribuir á la region que sufre.

Sucede algunas veces que los flegmones principian por una adenitis profunda; en este caso, los síntomas son: malestar, perturbaciones en la marcha, y el enfermo acusa la sensacion de un espesor más considerable en la region del pliegue de la ingle.

Casos hay en que es verdaderamente difícil

observar el principio del mal, pues el médico pudiera creer muy bien que se trataba de una peritonitis circunscrita, de una tiflitis ó de una neuralgia, cuando el cuerpo del delito está en la fosa ilíaca. Esto depende de que se nos muestran con síntomas variables, tales como fiebre remitente, vómitos, alternativas de diarrea y constipacion, etc.; pero esta incertidumbre se prolonga afortunadamente poco tiempo, puesto que un empastamiento duro, doloroso y cuyo dolor se exagera por la presion, no dilata en mostrarse. La diarrea y constipacion separadas ó alternándose, el edema (sobre todo en los de orígen puerperal), son los síntomas que primero aparecen. La fiebre de carácter remitente, anorexia algunas veces, completa, sudores abundantes durante el sueño, vómitos biliosos, insomnio, calor en la piel, vienen en seguida; por último, calosfríos violentos de una hora de duracion ó apareciendo cada dos dias, son los fenómenos generales más comunes.

En cuanto á los síntomas locales que son de una importancia capital, consisten principalmente en la aparicion del tumor. Este se siente en un tiempo más ó menos lejano, siempre que un meteorismo exagerado no lo oculta. Algun autor refiere varios casos en que lo ha visto aparecer á las cuarenta y ocho horas. Pero lo ordinario es que despues del cuarto dia, un empastamiento apenas difuso, dé lugar á un tumor duro, renitente, liso, sin latidos, mate á la percusion (aunque excepcionalmente pudiera el sonido ser claro por la interposicion de una asa intestinal), y que es el sitio de

vivos dolores. Este tumor es generalmente inmóvil, excepto cuando adquiere un volúmen considerable, en cuyo caso es posible imprimirle ligeros movimientos de lateralidad; la piel á su nivel no presenta ninguna modificacion, y la pared abdominal misma, desliza sobre él, á no ser que por excepcion haya encontrado adherencias.

Marcha y terminaciones.

La marcha y terminaciones de los abscesos de la fosa ilíaca no difieren en nada de la marcha y terminacion que sigue cualquier proceso morboso de orígen flegmásico; pero de una manera general podemos decir que su terminacion no es de las más rápidas; es raro que dure menos de un mes. Habitualmente los síntomas generales y locales, sin ser muy marcados, persisten de una manera constante. El flegmon ilíaco, lo mismo que cualquiera flegmasia, termina por resolucion, induracion, supuracion ó gangrena. Mas antes de pasar adelante á describir cada uno de estos modos de terminacion, voy á mencionar uno que en algun tiempo fué admitido por los cirujanos, y que en la actualidad está por completo desechado: quiero referirme á la delitescencia, que como es sabido, consiste en la desaparicion súbita de un tumor ó una coleccion purulenta antes de que haya recorrido sus diversos períodos, y sin que resulte de esto ningun accidente para el enfermo ni que la

enfermedad se reproduzca. Modo de terminacion completamente abandonado, y en mi humilde concetop con sobrada razon, pues de admitirse seria tanto como aceptar el caso imposible de la desaparicion de un efecto con persistencia de la causa. He dicho que cuatro son los modos más comunes de terminacion del flegmon ilíaco; agregaré desde ahora que el de supuracion es el más frecuente y por lo mismo el más importante. Siguiendo el órden en que los he enumerado, veamos primero el período de

Resolucion.—La terminacion por resolucion del flegmon ilíaco seria el ideal que se propondria buscar todo cirujano, siempre que le fuera dado realizarlo; pero desgraciadamente es de todas las terminaciones la más rara y la más difícil de conseguir. Sin embargo, cuando despues de un tratamiento enérgico se tiene la fortuna de alcanzarla, se efectúa en quince ó veinte dias y más generalmente en dos ó tres meses. En estos casos, el dolor disminuye, la tumefaccion se circunscribe para desaparecer poco tiempo despues, no dejando otros inconvenientes que adherencias y mayor sensibilidad en la region. Recuerdo en este momento un caso curioso citado por Jaccoud, en donde se trataba de un jóven habitualmente constipado y que fué atacado súbitamente despues de una larga carrera, de un vivo dolor en la fosa ilíaca derecha. Tuvo fiebre y ligeros calosfríos, retraccion del muslo y un dolor á la presion en la misma fosa. Un purgante y treinta sanguijuelas aplicadas sobre la region, le produjeron un consuelo in-

mediato; la fiebre cayó y la retraccion del muslo persistió aún durante doce dias. A los diez y siete el enfermo pudo levantarse. El hecho fué claramente la resolucion producida por un tratamiento enérgico aplicado desde el principio. Pero lo que añade más importancia al caso es que, tres años despues, el jóven tuvo los mismos accidentes, y sucumbió á consecuencia de un absceso ilíaco del mismo lado, y esta vez habia supurado.

INDURACION.—Cierto número de flegmones ilíacos, despues de haber quedado estacionarios durante mucho tiempo, no supuran; persisten meses y aun años bajo la forma de una masa dura, en medio de la cual están comprendidos numerosos hilillos nerviosos que pueden motivar diversas perturbaciones sensitivas en las partes periféricas del tumor. No ha muchos dias, en el Hospital de San Andrés, en la sala de clínica de quinto año, tuve la oportunidad de observar con el Sr. Dr. I. Berrueco y mis compañeros C. Garza y F. Valdés, un caso de este género.

SUPURACION.—Es de todas las terminaciones la más frecuente; pero desde luego ocurre preguntarse: ¿en qué momento se puede estar seguro de que la supuracion ha concluido ó cuándo ya está formado un foco? Diversos médicos difieren en su modo de ver, y si unos marcan un tiempo relativamente corto, para otros es bastante largo. La verdad es que los flegmones ilíacos, para llegar al período de supuracion, emplean más tiempo que cualquiera otro flegmon desarrollado en una region que no sea la de la fosa ilíaca. ¿Mas de qué

depende este retardo? Se pretende explicar de varias maneras. Para ciertos autores seria debido á la menor intensidad de la inflamacion, circunstancia que, si algunas veces puede tener influencia, las más seria insuficiente para dar la explicacion, pues ha sucedido que flegmones desarrollados con reaccion febril fuerte y síntomas generales de bastante intensidad, no hayan dado nacimiento al pus si no es hasta los treinta dias. Grisolle se explica el hecho por la organizacion misma de la region en donde el tejido celular, por ser laminoso y contar con pocas vesículas grasosas, entraria en supuracion más lentamente que en cualquiera otra region que, como los miembros, la márgen del ano, etc., presenta al contrario una organizacion opuesta. No debemos perder de vista que la influencia patogénica sobre la época de aparicion del pus es grande; así, por ejemplo, el absceso desarrollado durante el puerperio y el estercoral, nunca tienen la misma duracion. El que es consecutivo á una ademitis, es más rápido que el que es la consecuencia de una tiflitis ó del parto.

Aunque no se puede establecer una media en la marcha aun para los abscesos de la misma causa, sin embargo, podemos decir de una manera general, que los abscesos sub-peritoneales marchan con más rapidez que los sub-aponeuróticos, á no ser que el fascia ilíaca se encuentre por los progresos del mal, destruido en algunos puntos.

Veamos ahora á qué fenómenos da lugar la supuracion una vez formada. Desde luego, tomemos el caso en que el flegmon haya tenido una

marcha rápida. Si tal sucede, se observa una exasperacion momentánea de los síntomas generales y de los fenómenos locales; la fiebre se despierta, el tumor parece llegar á ser más voluminoso, las punzadas de que era el sitio toman mayor intensidad, les fenómenos de compresion se exageran si ya existian, ó aparecen en el caso contrario. En algunos enfermos, el dolor y el edema de los maleolos se muestra, y en otros la constipacion se hace más oprimiente. Cuando por el contrario el flegmon marcha lentamente, el cuadro sintomático que acabo de describir da lugar á otro muy distinto. Se ve entonces la fiebre tomar el carácter intermitente; calosfríos irregulares y sudores abundantes aparecen, sobre todo durante el sueño. A estos síntomas se unen fenómenos locales que indican que el pus se ha formado, como se podrá comprobarlo buscando la fluctuacion. Esta se encuentra las más veces con facilidad, aunque en algunos casos es difícil por la profundidad á que está situado el absceso.

Una vez formado el pus, su cantidad varía desde algunos gramos hasta varios litros, presentando más que en cualquiera otra parte el carácter de ser fétido. Abandonado á sí mismo, se hace indispensable su salida, y para conseguirla, ó interviene el arte ó la naturaleza le abre un paso al exterior ó en alguna cavidad, lo que es más comun.

Examinemos primero cuál seria la marcha que deberia seguir el pus en caso de que se tratara de un absceso sub-peritoneal. En este supuesto, se extenderia sobre el ligamento de Falopio y llega-

ria hasta la espina ilíaca anterior y superior. No sucederia lo mismo si se tratara de un absceso sub-aponeurótico, pues entonces correria en la vaina del psoas y apareceria en la raíz del muslo. En el primer caso, proemine en la pared abdominal, arriba del arco crural; en el segundo, en la parte superior del muslo, abajo del mismo arco.

Es muy excepcional que el pus suba hasta uno de los flancos y amenace abrirse en la region lombar; no lo es menos que se abra en la gran escotadura sacro-sciática, como Velpeau observó un caso.

Segun que la enfermedad esté á la derecha ó á la izquierda, el pus seguirá para buscar su salida, ya la *S* ilíaca ó el colon ascendente, ya el ciego ó el colon descendente; pero es de advertir que cualquiera de los puntos vecinos del intestino pueden ser el sitio de una ó varias perforaciones, y la época en que estas aparecen no tiene nada de fijo.

Se comprende á priori que no son estas las únicas vías buscadas por el pus del absceso para vaciarse, pues la vejiga, la vagina, el útero y cualquiera de los conductos mucosos pueden ser su puerta de salida. Se comprende tambien cuáles deben ser los síntomas á que dé lugar la abertura, segun que se haga en tal ó cual órgano. Si por ejemplo, está situada en el intestino, la diminucion del tumor en un momento dado y las evacuaciones purulentas, serán los principales síntomas; si en el útero ó la vagina, los escurrimientos de pus por la vulva; si, por último, se hace en la vejiga,

las orinas purulentas, sin síntomas de cistitis, serán de gran valor.

Puede suceder que el foco sea invadido por materias fecales é infiltracion urinosa; complicacion terrible, pero afortunadamente muy rara, á la cual sucumben casi todos los enfermos, ya por la fiebre héctica, ya por la septicemia aguda ó crónica. Estas complicaciones dan frecuentemente lugar á la *gangrena*, que es un modo de terminacion de los más peligrosos.

Segun la rápida descripcion que he hecho de la marcha y terminaciones, los peligros á que está expuesto el enfermo resaltan á la vista, y por lo mismo no haré más que mencionarlos. El agotamiento despues de una larga supuracion, la peritonitis cuando el foco comunica en cualquier punto con el peritoneo, la infeccion purulenta y la erisipela juntas ó separadas. En caso de curacion, fístulas al exterior ó hácia alguno de los órganos cercanos, hernias ó bridas que extrangulan ó comprimen algunas veces los intestinos, edemas de los miembros, rigideces debidas á la supuracion del psoas, cuando esta se produce, y aun metritis internas han sido la consecuencia de un flegmon de la fosa ilíaca.

Diagnóstico.

El diagnóstico de los flegmones ilíacos no siempre es fácil; se presenta algunas veces erizado de reales dificultades, sobre todo al principio del mal.

Pero cuando el foco purulento se ha formado, cuando se siente ó reconoce la fluctuacion y cuando se recuerdan los antecedentes inflamatorios que han precedido á la formacion del pus, el diagnóstico no presenta ninguna dificultad. Ojalá y al cirujano le fuera dado observar siempre casos tan típicos donde la vacilacion no puede caber. Si tal sucediera, no nos esforzariamos en poner de relieve algunos de los síntomas más caracterizados que nos pueden hacer distinguir el proceso morboso que estudiamos, de algunas enfermedades con las cuales se pudiera muy bien confundir.

El diagnóstico de los abscesos de la fosa ilíaca comprenden dos puntos principales: primero, reconocer el absceso, y segundo, diagnosticar la variedad á que pertenece. Veamos ahora hasta dónde es posible resolver el dilema que acabo de sentar.

1º Para reconocer el absceso se tendrán en cuenta desde luego los antecedentes, los signos físicos y funcionales y los síntomas generales. Mas sucede con frecuencia que padecimientos diversos situados en esta region, pueden ser confundidos con el estado patológico que venimos describiendo. Un absceso de la fosa ilíaca podria ser confundido con un quiste inflamado del ovario, si no contáramos para distinguirlo con que aquel ha llegado á ser doloroso en un momento dado, sin que de antemano la paciente hubiese notado nada en la region. Una peritonitis aguda ó crónica con adherencias de las asas intestinales, pudiera ser tomada como absceso; pero evidentemente los síntomas de una y otra lesion, su órden de sucesion,

etc., nos aclararán el error. Sin embargo, si se tratase de una peritonitis tuberculosa parcial, el caso es un poco más difícil, y únicamente el tumor mismo nos dará los datos suficientes para hacer la distincion, puesto que cuando se trata de una peritonitis parcial tuberculosa con adherencias intestinales, nos encontramos frente á un tumor globuloso, mate á la percusion y francamente fluctuante (este último signo no existe al principio en el flegmon). Cuando se trata, sobre todo, de una peritonitis tuberculosa circunscrita, la tumefaccion á que da lugar siempre es precedida del cortejo sintomático que es propio á esta enfermedad.

Los abscesos estercorales cuya causa es ignorada comunmente por los enfermos y que llegan á ser repentinamente dolorosos, serian otros tantos tumores donde podria penetrar la confusion, si no nos pusieran en vía del diagnóstico, además de los signos propios á esta clase de tumores, los caractéres siguientes: el tumor estercoral no hace cuerpo con el hueso ilíaco, es abollado, duro, poco móvil y se deja deformar; el dolor no se irradia al miembro inferior como en los flegmones. Si á pesar de todos estos caractéres, la duda persiste, un purgante aplicado al enfermo nos sacaria inmediatamente de ella.

Un cáncer desarrollado en la region de la fosa ilíaca se distinguirá de un absceso flegmonoso de la misma, porque en el cáncer incipiente los dolores son muy vivos, hay apirexia, el apetito y el sueño son normales. Pasado algun tiempo, la caquexia cancerosa quitará toda vacilacion. Grisolle,

en su exelente Monografía, nos describe un caso curioso en que se trataba de un osteo-sarcoma situado en la region que nos ocupa y que simulaba perfectamente un flegmon. A pesar de la aparente semejanza, el equívoco era fácil de evitar, pues es sabido que un osteo-sarcoma se anuncia por dolores vivos y profundos que aparecen mucho tiempo antes de que se manifieste el tumor. Cuando este se muestra es duro, abollado, inmóvil, y la compresion no aumenta de ordinario el dolor.

La adenitis simple, que es la consecuencia de lesiones anteriores del miembro inferior ó del testículo, comienza habitualmente por un tumor duro y doloroso á la presion, y es natural que se confunda algunas veces con un flegmon; mas la persistencia de la tumefaccion arriba del arco de Falopio nos lleva á diagnosticar un flegmon de la fosa ilíaca consecutivo á una adenitis.

Los abscesos frios que pudieran tomarse por esta enfermedad, pueden ser distinguidos recordando únicamente que aquellos se desarrollan de una manera sorda, sin síntomas generales, y son frecuentemente la consecuencia de una lesion huesosa. Sin embargo, algunos flegmones aparecidos durante el puerperio, pueden muy bien imitar en sus caractéres, sobre todo al principio, á los abscesos frios. En casos de este género, basta tener en cuenta los antecedentes y la ausencia de toda lesion huesosa, para disipar el engaño.

Al lado de estos casos existen otros en que se han tomado por colecciones purulentas de la fosa

ilíaca, tumefacciones formadas por el hígado, el riñon desalojado ó aumentado de volúmen por alguna flegmasia de su parenquima, y aun por el ovario desviado y enfermo. Casos son estos en que la confusion es tan difícil, que no insistiré más en narrar sus diferencias.

Hasta aquí creo haber resuelto, hasta donde me ha sido posible, la primera cuestion; procuraré ahora reconocer, una vez diagnosticado el absceso, la variedad á que pertenece.

En esta segunda cuestion contamos con pocos elementos para sentar un diagnóstico preciso, pero cuando menos podrémos llegar á uno aproximado. Supongamos primero la existencia de un absceso sub-peritoneal. En este caso, el tumor se percibe con bastante claridad, y cuando hay fluctuacion se siente hasta cierto punto de una manera superficial, y el miembro podrá estar en la flexion ó en la extension. En los sub-aponeuróticos, el tumor es menos perceptible, lo mismo que la fluctuacion; en este caso la diarrea es más comun que en los anteriores adonde predomina la constipacion; esto se concibe fácilmente si se piensa que el fascia ilíaca impide que el pus comprima el intestino, á cuya presion casi siempre es debida la constipacion.

En los abscesos inter y sub-musculares, el tumor fluctuante es menos aparente, y aun el muslo está casi siempre doblado sobre la pélvis en la rotacion hácia adentro.

Este signo diagnóstico, segun las observaciones del Dr. M. Carmona y Valle, es constante. La

diferencia en la posicion del muslo en los abscesos supra é infra–musculares, se concibe fácilmente supuesto que en el primer caso el tumor flegmonoso comprime al psoas ilíaco, impide la flexion y favorece la extension; en el segundo, el tumor levanta de atras adelante al músculo, hace que el muslo se doble sobre la pélvis ó esta sobre el muslo si este está fijo.

Para concluir lo relativo al diagnóstico diré, que cuando el absceso se ha abierto en la vagina, el intestino ó en cualquiera otro punto del organismo, se reconocerá en el consuelo inmediato que siente el enfermo con la diminucion del tumor, y en los síntomas consiguientes del órgano que sea el sitio de la perforacion.

Pronóstico.

De la somera descripcion que acabo de hacer de la entidad morbosa que estudiamos, se deduce poco más ó menos su pronóstico.

Varias circunstancias debemos tener en cuenta para fallar sobre su mayor ó menor gravedad. Son estas: la causa productora del mal, su grado de simplicidad ó complicidad, el estado del enfermo, etc., etc.

Si el absceso se ha abierto en un órgano, variará el pronóstico con la importancia de este y con la mayor ó menor facilidad con que se haga el escurrimiento de los líquidos.

Las estadísticas de Grisolle, Jaccoud y otros, muestran que el 28 por 100 sucumben aproximadamente á esta enfermedad. Sin embargo, desde que Chassaignaic empleó la canalizacion para impedir la estancacion del pus; desde que Lister con su admirable método de curacion que tan brillantes resultados presta á cada paso á la cirujía, y hoy sobre todo que tenemos métodos operatorios nacionales, muy superiores á los que hasta ahora nos han descrito los autores extranjeros para la abertura de este proceso morboso que nos ocupa, creo, digo, que el pronóstico tiene que ser mucho más benigno.

Tratamiento.

Considerarémos el tratamiento de los flegmones de la fosa ilíaca al triple punto de vista: primero, del principio del mal cuando se asiste, por decirlo así, á su génesis; segundo, en el momento en que el enfermo sea víctima de un foco purulento más ó menos grande, y tercero, cuando el mal haya minado un tanto el organismo del paciente y producido desórdenes de mucha ó poca consideracion en los órganos vecinos.

Veamos desde luego cuál deberá ser la conducta del médico frente á cada una de las situaciones que acabamos de suponer.

En el primer caso, es decir, cuando el mal principia, se deberá ante todo oponer á la formacion

del pus, en cuanto le sea posible, por los antiflogísticos; hará uso del calomel á dósis refractas, de los laxantes ligeros, napolitano con belladona, dieta moderada, cataplasmas emolientes, baños generales, vejigatorios volantes; los puntos de fuego aplicados sobre la region provocarian tal vez una revolucion provechosa; en cuanto á las sangrías generales propuestas por muchos, serian inútiles y aun perjudiciales, pues en vano debilitarian á un enfermo que más tarde tal vez no resista á los gastos de una supuracion larga y abundante; no así de las locales, que han podido dar buenos resultados.

Si á pesar de todos estos medios el flegmon sigue su marcha y se forma un foco purulento, que es lo comun, ¿qué deberémos hacer? ¿Esperamos, como quiere Dance, la feliz eventualidad (que no es tan feliz) de que el absceso se abra en los intestinos? Indudablemente no, porque expondriamos al enfermo á todos los peligros que acarrea toda coleccion purulenta que no tiene acceso al exterior. La conducta del médico debe ser, una vez cerciorado de que el pus existe, darle salida lo más pronto posible. Mas si el absceso se ha abierto un camino en uno ó varios de los órganos vecinos, ¿deberémos en estas circunstancias abrirlo al exterior? Indudablemente sí, pues si es cierto que el pus sale por un punto más ó menos declive, sucede que esta salida es siempre dificultosa. Fuera de este inconveniente y del que traeria el continuo escurrimiento por el órgano que fuera el sitio de la perforacion, hay el de que el cirujano

no puede hacer el aseo continuo del foco y la curacion conveniente, porque no estaria á su alcance.

Estando, pues, indicada la operacion, veamos de qué medios nos podemos valer para dar salida al pus. Advertiré que han sido muchos los procedimientos propuestos, y únicamente mencionaré la puncion por el trocart, propuesta por Jaccoud; el uso de los cáusticos y despues de la aplicacion de estos la abertura, por el procedimiento de Récamier; la trepanacion del hueso ilíaco propuesta por Lamartinière, y por último, el procedimiento Barthélemy, que consiste en hacer una incision á catorce centímetros afuera de los apófisis espinosos de las vértebras lombares, dividiendo capa por capa hasta llegar al foco. Pero es, á no dudarlo, el procedimiento propuesto por el eminente cirujano Dr. Francisco de P. Chacon, el que ofrece mayores ventajas, y por lo cual quiero detenerme un poco en él. Su autor lo formula así: "Hácia la parte anterior, superior y externa del muslo hay un espacio pequeño, triangular, al traves del cual puede penetrarse hasta la fosa ilíaca interna sin temor de herir ningun órgano importante. Este espacio triangular, cuyo vértice está hácia afuera y corresponde á la espina ilíaca anterior y superior, su base hácia dentro, está perfectamente limitado en sus tres lados; el superior formado por el arco crural; el interno, que es la base, corresponde al músculo psoas-ilíaco, y el externo lo constituye el costurero. El lado superior es oblicuo hácia abajo y adentro, correspondiendo á la parte del arco crural comprendida entre la espina

ilíaca antero-superior y el psoas ilíaco; el lado inferior y externo comprende la parte del músculo costurero desde su insercion superior hasta el punto donde cruza la direccion del psoas ilíaco; el lado interno lo forma la parte de este último músculo situado entre el lado superior y el ínfero-externo. El fondo de este triángulo corresponde al espacio que hay entre la parte externa del psoas ilíaco y la porcion superior del recto anterior del muslo. Espacio lleno de tejido celular grasoso, ningun vaso de importancia se encuentra allí, solo algunos pequeños ramos cutáneos insignificantes y algunas ramificaciones pequeñas del nervio músculo-cutáneo externo. Para abrir los abscesos de la fosa ilíaca, se practica una incision de tres á cuatro centímetros de longitud paralelamente al borde interno del costurero, comenzando tres centímetros abajo de la espina ilíaca antero-superior: se divide la piel y el tejido celular, se pone así á descubierto la aponeurosis femoral, que se divide tambien. Algunas veces esto solo basta para dar salida al pus. Si la coleccion purulenta estuviese situada más profundamente, entonces, con el mango del escalpelo ó mejor con el dedo, se separan las adherencias celulosas que hay entre el psoas y recto anterior, pudiendo llegar de este modo hasta la fosa ilíaca interna. Debe tenerse presente que á nivel de la eminencia ilio-pectinea existe normalmente una bolsa serosa entre esta eminencia y el psoas ilíaco, para evitar cuidadosamente el abrirla, pues con frecuencia esta bolsa comunica con la serosa de la articulacion coxo-femoral."

Como se ve, el procedimiento no podia ser más sencillo; el peritoneo y el intestino no pueden ni remotamente ser interesados; el camino por donde sigue saliendo el pus y que se mantiene abierto por un tubo de canalizacion, es más oblicuo que en el procedimiento que recomiendan los autores extranjeros; la cicatriz que deja no tiene ninguna accion sobre las vísceras abdominales. Por último, en caso de error, este es perfectamente inocente.

El Dr. Cordero, despues de haber prácticamente visto las inmensas ventajas de este procedimiento, le hizo una ligera modificacion, que consiste en hacer la incision no paralela al borde interno del costurero, sino paralela al arco crural, con objeto de facilitar más el escurrimiento de los líquidos, pero el campo de accion es el triángulo mismo. Creo que esta modificacion lo eleva á un grado mayor de perfeccion.

He visto varios casos en que se ha empleado el procedimiento del Dr. Chacon modificado por el Dr. Cordero, en donde he palpado sus ventajas, como se verá en seguida por las dos historias que describo.

A todo lo que he dicho tengo únicamente que agregar dos palabras sobre el tratamiento general, por ser de urgente necesidad una vez abierto el foco purulento. Se dará al enfermo una alimentacion ligera pero fortificante, se mantendrá la libertad de vientre por lavativas emolientes, se levantarán las fuerzas del paciente por las preparaciones de quina y los tónicos.

Hasta aquí he comentado someramente en este imperfecto trabajo, fruto de mis desvelos, el estudio de los abscesos de la fosa ilíaca. Yo más que nadie soy el primero en confesar que está muy lejos de merecer la atencion del respetable Jurado. Mas si esto es perentorio, permítaseme os recuerde que el hombre siempre aspira á un desconocido porvenir, y que la ambicion de llegar á alcanzarlo le hace muchas veces cometer errores, de los que ni él mismo se da cuenta.

Réstame, para concluir, dar las gracias al bondadoso Dr. Ignacio Berrueco, y pagar una deuda de gratitud contraida durante mis estudios preparatorios con los que fueron mis maestros en el Instituto Científico y Literario del Estado de México.

Alfonso Castillo.

Las observaciones del Dr. Miguel Cordero á que hago referencia en mi tésis, se encuentran publicadas, la primera en la entrega 5ª del tomo 23 de la *Gaceta Médica*, y la segunda en la tésis inaugural del Sr. Francisco Vargas. Dichas observaciones son las siguientes:

La historia clínica que á grandes rasgos voy á trazar, se refiere á la enferma que tuve el honor de presentar ante esta respetable asamblea en una de las sesiones pasadas, y constituye un hecho curioso de absceso profundo de la fosa ilíaca derecha, terminado felizmente. La paciente atribuia su enfermedad á fatigas de marcha por haberse visto durante algun tiempo en la necesidad de hacer cuatro veces al dia viajes desde el barrio de Tepito, lugar de su residencia, á la cárcel de Belem, y ser atacada de su padecimiento en esa época en que un dolor agravativo cada vez más molesto le apareció á la derecha de la parte baja del vientre, y aunque continuo, se exacerbaba más cuando ella se ponia en marcha; su apetito comenzó á disminuir, las digestiones eran difíciles y la constipacion acompañaba á estas perturbaciones del aparato digestivo que á su vez eran seguidas de un malestar general. Pocos dias despues del principio de estos trastornos, no fué posible á la enferma

levantarse, pues á un aumento en la intensidad de los síntomas enunciados, se agregaba la imposibilidad de mover libremente su miembro abdominal derecho, obligado por el dolor á estar de continuo en la media flexion de la pierna sobre el muslo y de este sobre la pélvis. Un poco más tarde aparecieron calosfríos seguidos de calor fuerte y á veces de sudores irregulares, y en tal estado, veinte dias despues del principio de su enfermedad, se resolvió á impetrar los auxilios de la Beneficencia pública. El 28 de Noviembre pasado ocupaba la cama núm. 1 del servicio de cirujía de mujeres del hospital San Andrés, y el exámen clínico me suministró los datos siguientes: Decúbito supino, miembro abdominal derecho en retraccion permanente, fascies hipocrática, demacracion, piel húmeda, pulso frecuente, temperatura 38,9^{m}, abdómen ligeramente abultado, un poco más en la region de la fosa ilíaca derecha, adonde la palpacion es dolorosa y hace percibir una sensacion anormal de resistencia en las partes profundas, aunque completamente limitada á ese lugar é inmóvil como independiente de los tejidos superficiales: hecha en el pliege inguinal produce mayor sufrimiento y da nocion vaga de fluctuacion profunda. La percusion comparativa hace fijar la atencion en un sonido oscuro que se obtiene haciéndolo en la mitad externa de la fosa ilíaca y timpanítico en la mitad interna; este signo, además, es invariable, sea cual fuere la posicion dada á la enferma. La exploracion por la vagina demostraba que los sacos ó depresiones vaginales estaban íntegros, y que los movimientos comunicados al útero no tenian influencia sobre el tumor en cuestion. El tacto rectal no dió resultado positivo. Interrogando las demas regiones, no se encontró de particular más que la perturbacion funcional del miembro abdominal derecho que estaba retraido, y si se pretendia hacerle variar de posicion, se causaban vivos dolores en la region ilíaca correspondiente. Aunque con los datos adquiridos por la relacion de la enferma y el exá-

men físico se sospechó la existencia de un foco de supuracion en la region profunda de la fosa ilíaca, quise insistir en las maniobras de exploracion en condiciones más ventajosas; aprovechando la oportunidad de que la enferma estaba en ayunas, se le cloroformizó y el resultado de este nuevo exámen fué el mismo, con excepcion de lo relativo al miembro abdominal derecho, que pudo ser movido hasta ponerlo en extension completa como su congénere. Como complemento de la exploracion se practicó una incision paralelamente al arco de Falopio, haciéndola partir dos centímetros abajo de la espina ilíaca antero-superior y terminándola tres centímetros adentro: se interesaron capa por capa los tejidos superficiales hasta el fascia lata con el instrumento cortante que aquí fué sustituido por el índice derecho; este despegó las adherencias que existian entre el arco de Falopio y los tejidos subyacentes penetrando en la region abdominal, pero detras del peritoneo; hasta este momento no se obtenia pus; sin embargo, el dedo percibió más clara la fluctuacion profunda; venció la resistencia que le opusiera la pared anterior del foco, y penetró en él saliendo en seguida una cantidad como de 150 gramos de pus blanco, homogéneo, espeso, inodoro, con los caractéres asignados al pus francamente flegmonoso ó de buena naturaleza. Evacuado completamente el contenido de la cavidad anormal, se hizo minucioso reconocimiento de esta con el dedo, y se encontró que estaba situada sobre la fosa ilíaca interna, de la que solo le separaba el músculo ilíaco. Su límite anterior era la aponeurosis fascia ilíaca adherida en parte al peritoneo, y los laterales eran los de las inserciones de esta hoja fibrosa; no se encontró signo de padecimiento en las diversas partes del esqueleto de la region, los músculos mismos no parecian haber sufrido un principio de destruccion, lo que estaba conforme con la época á que se referia el principio de la enfermedad.

Las paredes del foco eran anfractuosas y tapizadas por

yemas carnosas que sangraban al tacto. El resultado de esta segunda parte del exámen clínico hizo convertir en certidumbre lo que momentos antes no era sino una sospecha, y procuró datos nuevos de muchísima importancia, tales como la situacion topográfica del proceso supurativo, que era enteramente subaponeurótico, sus límites ya designados y que lo hacian colocar entre los abscesos circunscritos, la seguridad casi completa de que no reconocia como causa un padecimiento del esqueleto, ni habia producido serios desórdenes en los tejidos de los órganos vecinos, todas circunstancias que favorecian singularmente el pronóstico y hacian esperar un feliz éxito. El tratamiento local era el que naturalmente prevalecia en mi ánimo por entonces; se lavó el foco con agua fenicada caliente, se puso un tubo de canalizacion de dos milímetros y se ocupó la cavidad con bolitas de algodon yodoformado, aplicando despues sobre la herida, que se amplió previamente casi otro tanto de su longitud, una tela de cautchuc, completando el apósito con el empaque de Guerin.

En la noche siguiente la temperatura fué de 38°, y así poco más ó menos se sostuvo durante cuatro dias, despues de los cuales (2 de Diciembre) descendió á la normal, á la vez que el foco habia disminuido mucho su extension y proporcionalmente las molestias que antes habian atormentado tanto á la enferma. Las curaciones diarias en el principio y hechas de la misma manera que la que siguió á la operacion, fueron despues retardándose más ó menos segun las indicaciones tomadas del estado del apósito, la temperatura y las molestias ocasionadas á la paciente.

El 7 de Diciembre, diez dias despues de la operacion, los movimientos del miembro abdominal derecho eran posibles sin dolor alguno, y el foco se reducia más. El término de la curacion no se habria hecho esperar más, si un incidente por desgracia muy comun despues de las ope-

raciones, en la época actual, no hubiera interrumpido la marcha favorable del proceso reparador. En efecto, el dia 20 de Diciembre, cuando ya no existia foco de supuracion en la fosa ilíaca, los movimientos del miembro abdominal derecho completamente expeditos, sin la menor molestia, y el infarto del tejido conjuntivo perifocal disminuia á gran prisa, quedando en suma por repararse tan solo la herida operatoria, apareció una placa erisipelatosa alrededor de ella acompañada de elevacion de temperatura, 39°9 y diarrea: á pesar de haber sido tenazmente perseguida por medios generales y locales, eligiendo entre los primeros las sales de quinina por su accion manifiestamente antipirética asociadas á la salicina como adjuvante, y para evitar un aumento en las perturbaciones gastro-intestinales, y entre los segundos unas veces el percloruro de fierro de Pravaz, otras la tintura de yodo, la terrible complicacion siguió su marcha invasora en la forma ambulante, debilitando cada vez más á la pobre enferma.

Despues de tres semanas de continuada lucha, por fin desapereció la erisipela con su cortejo de síntomas alarmantes, y no obstante las malas condiciones del organismo, que habia reducido á la miseria en los últimos dias ese incidente, pudo completarse lo que faltaba para que la cicatrizacion de la herida fuese completa.

En la actualidad, como ha podido juzgar esta honorable Corporacion, no quedan en la region afectada ni la induracion que suele persistir en casos análogos, y el único vestigio del mal es una cicatriz rosada, firme, como de cinco centímetros, indicio de la herida que dió paso al líquido purulento coleccionado en las capas profundas de la region ilíaca.

Una de las cosas que llama la atencion en la historia referida, es la causa presunta del padecimiento, que la enferma referia á largas y repetidas jornadas en el mis-

mo dia: no se encuentran, en efecto, registradas entre las causas productoras de los abscesos ilíacos las marchas exageradas; pero si se tiene en cuenta el papel que el músculo psoas-ilíaco desempeña en ese acto fisiológico, no pugna al buen sentido que un exceso de actividad de sus elementos prepare en este como en cualquier otro tejido colocado en igualdad de condiciones, el terreno favorable al desarrollo de una inflamacion. En el caso es de admitirse aun más esa causa patogénica, cuando no habia en el enfermo otra que pudiera explicar el orígen del proceso supurativo, á menos que una influencia discrásica que no fué dable descubrir, hubiera tenido parte, pues de otra manera habria que admitir una espontaneidad absoluta en su aparicion.

Otra razon que pudiera aducirse en favor de la misma idea, es el sitio anatómico de la enfermedad, que á juzgar por el órden cronológico de los síntomas, el dolor extensivo desde el principio al miembro abdominal correspondiente y exacerbándose con los movimientos de éste, su retraccion consecutiva y lo circunscrito, inmóvil y profundo de la tumefaccion inflamatoria, fué desde su orígen en el tejido conjuntivo subaponeurótico, es decir, en inmediata relacion con la capa muscular que se supone fué su punto de partida.

Otro punto importante es el tratamiento. Si en alguna época no lejana se exigia como precepto para practicar una operacion cuyo objeto fuese la evacuacion de un absceso, el tener la certidumbre previa de su existencia por los signos físicos, sobre todo percibiendo claramente el fenómeno de la fluctuacion, hoy dia, por fortuna para los pacientes, basta tener la sospecha por los síntomas generales, de que existe una coleccion purulenta en cualquiera de las regiones del cuerpo, para que sea lícito hacer una puncion exploradora que en caso positivo precede á la operacion, y esto es ventajosísimo en casos como el presente,

en que antes que los signos físicos pudiesen proporcionar el dato que se buscaba por las circunstancias especiales de la region enferma, los síntomas generales habian anunciado su existencia, y la operacion practicada oportunamente impidió los estragos que el padecimiento hace con frecuencia cuando por cualquier motivo se aplaza la evacuacion del absceso por algun tiempo. Basta recordar la marcha natural de estos procesos, que terminan por lo comun abriendo un camino al pus por los órganos vecinos y aun dentro de la cavidad peritoneal, antes que por la piel, que seria el lugar menos peligroso, y aunque remotamente, pensar en la posibilidad de una laceracion de las paredes de los vasos, como en el caso de Demaux citado por Grisolle,[1] en el que el pus de un absceso ilíaco se abrió paso en la vena cava inferior, para apresurarse á seguir los consejos del Dr. Henry Morris, que en un artículo relativo á este asunto dice: "Desde que se percibe la fluctuacion, "es necesario hacer una puncion ó una incision para evacuar el pus; pero si se tienen buenas razones para sospechar la presencia del pus, es necesario no esperar que "se perciba la fluctuacion, es necesario hacer una puncion "exploradora, en seguida asegurar el libre escurrimiento "del pus, y colocar un tubo de canalizacion. Bien que la "curacion tenga frecuentemente lugar desde que el pus se "escurre por el intestino, la vagina ó la vejiga, sin embargo, "hay casos en que en estas circunstancias la terminacion "ha sido fatal, y además, nunca se puede saber qué marcha "seguirá el absceso que puede producir una peritonitis "mortal por extension de la inflamacion ó que puede abrir"se en la cavidad peritoneal."[2]

Apoyado en estas razones fué por lo que procedí á verificar en la misma sesion la operacion preliminar que intentada como medio de diagnóstico me sirvió para ini-

1 Grisolle. Patología interna.
2 Enciclopedia Internacional de Cirujía.

ciar el tratamiento. El procedimiento operatorio seguido no fué el que para casos análogos recomiendan los cirujanos europeos, que por lo regular aconsejan hacer una incision en el punto indicado por el máximum de fluctuacion, ó bien arriba del ligamento de Falopio, como lugar más cercano á la region enferma. Dos inconvenientes tiene esta manera de proceder: la posibilidad de herir el peritoneo, el intestino ó algun otro órgano importante, y la de favorecer las eventraciones por dejar un punto débil en la pared abdominal. Para evitar esos peligros, mi apreciable amigo y compañero el Dr. Chacon F. recomendó en 1873, un procedimiento que fué publicado un año más tarde en mi tésis inaugural, de donde lo trascribo textualmente: "A tres centímetros abajo de la espina ilíaca anterior y superior como punto de partida, se practica una incision de cuatro á cinco centímetros de longitud, siguiendo la direccion del borde interno del costurero; se divide la piel y la capa subcutánea hasta llegar á descubrir la aponeurosis femoral; se divide ésta al nivel del borde interno del costurero, y en algunos casos esto solo bastará para dar salida al pus si el flegmon hubiera sido producido en el tejido celular subperitoneal. En el caso de que la coleccion estuviera situada más profundamente, entonces con el mango del escalpelo ó mejor con el dedo, se separan las adherencias celulosas que hay entre el psoas y el recto anterior, pudiéndose llegar de este modo hasta la fosa ilíaca interna. Debe tenerse presente que al nivel de la eminencia ilio-pectínea existe normalmente una bolsa serosa entre esta eminencia y el psoas ilíaco, para evitar cuidadosamente el abrirla, pues se sabe que con frecuencia esta bolsa comunica con la serosa de la articulacion coxo-femoral." [1]

Como ha podido verse, el procedimiento del Dr. Cha-

1 Miguel Cordero y Gómez. Estudio sobre la region del canal crural y sus aplicaciones á la Patología y á la medicina operatoria. México. 1874.

con tiene todas las ventajas que se buscaban en los otros y ninguno de sus inconvenientes; al ponerlo en práctica en el caso de la presente historia y en otros varios, lo he seguido exactamente, menos en cuanto á la direccion de la incision, que me ha parecido más conveniente hacerla *paralela* al arco de Falopio, con el objeto de tenerla más ampliamente abierta y facilitar así el libre escurrimiento del pus como el lavado satisfactorio del foco. Con esa pequeña modificacion he operado á seis enfermos, de los cuales tres tenian absceso ilíaco, dos circunscrito y uno difuso, cuya historia detallada se halla consignada en la tésis inaugural del Dr. Francisco Vargas.[1] En todos ellos el resultado fué completamente satisfactorio. En los otros tres casos la operacion tuvo por objeto buscar y dar salida al pus de flegmones periuterinos; en uno de ellos se dió con el foco que se canalizó desde la ingle hasta la vagina siguiendo el procedimiento de Hegar y Kaltenbach con resultado satisfactorio; en los otros dos no se encontró el absceso, pero las enfermas no solo no sufrieron perjuicio por la operacion, sino que en el curso del tratamiento de la herida operatoria se vió disminuir á paso rápido hasta su desaparicion completa el flegmon periuterino y con él la fiebre intensa y los otros síntomas alarmantes que me obligaron á tomar una actividad mayor en el tratamiento.

Por esta relacion compendiada de los hechos que me son propios, parece quedar demostrado que la operacion descrita hace un instante para dar salida al pus, no solo de los abscesos ilíacos sino aun de una gran parte de los retroperitoneales, es relativamente inofensiva por sí misma, y puede, en consecuencia, intentarse aun como medio de exploracion en ciertos casos dudosos.

1 Diagnóstico y tratamiento de los abscesos de la fosa ilíaca. 1883.

Isidra Gonzalez, de 27 años de edad, soltera, de San Mateo, entró al Hospital de San Andrés á ocupar la cama núm. 27 de la segunda sala de mujeres, á cargo del Dr. Miguel Cordero, el dia 11 de Noviembre del año próximo pasado, á curarse de un dolor en el vientre. Dice que en Julio último la tiró un burro en el camino de Amecameca, cayendo sobre el lado derecho, pero pudo levantarse luego, sin tener al parecer ninguna consecuencia. A fines de Octubre del mismo año levantó un colchon muy pesado y sintió que se le torció la cintura, doliéndole mucho la ingle derecha; al dia siguiente notó que tenia una bolita del tamaño de un chícharo en la parte interna y superior del muslo derecho, la cual le dolia y le impedia algo para andar: en los primeros dias de Noviembre empezó á tener calentura, sobre todo en la noche, sintiendo calosfríos á las cuatro ó cinco de la tarde; al mismo tiempo tuvo diarrea. Habiendo aumentado más y más la dificultad para andar y vuéltose la calentura continua, se resolvió á entrar al hospital.

Como lo que más preocupaba á la enferma era el dolor, que predominando en la parte derecha del vientre se irradiaba al muslo del mismo lado, se procedió á examinar el vientre: á la inspeccion nada se notaba de anormal; á la palpacion el dolor se exacerbaba de tal manera, que no permitia hacerla bien; así es que no fué posible hacer diagnóstico alguno. Se le prescribió píldora de opio bis, colodion morfinado al dolor, y se recomendó se observara la temperatura, la cual se encontró ser 39°2 en la noche. Pero el dia 16 apareció un tumor á nivel de la fosa ilíaca derecha, apreciable á la inspeccion y á la palpacion renitente y doloroso: el Sr. Cordero, médico de la sala y que hasta entonces vió á la enferma, pues estaba ausente, no dudó de que se trataba de algun flegmon de la fosa ilíaca propagándose al tejido celular periuterino. Con el objeto de provocar su resolucion, si era aún posible, le prescribió

papeles de calomel á dósis refracta, uno cada hora, tintura de yodo al tumor y dieta de leche. Siguiendo la observacion de la enferma en los dias siguientes en que se sostuvo el tratamiento anterior, fácil fué convencerse de la verdad del diagnóstico, así como de la ninguna modificacion favorable producida por el método curativo establecido, pues los signos físicos cada dia eran más acentuados, así como los generales, entre ellos la calentura, que manifestaba el trabajo de supuracion, habia cambiado de francamente continua al tipo remitente con exacerbaciones nocturnas, alcanzando en estas la temperatura de 39° y décimos, acompañadas constantemente de sudores parciales; por estas razones, y en atencion á que las fuerzas de la enferma iban decayendo á paso rápido, se decidió ir á buscar la coleccion purulenta que indudablemente existia, á juzgar por el conjunto de datos ya indicados; como para este fin lo más á propósito fuese hacerlo en el tumor que prominaba del lado de la vagina, se intentó hacer una puncion exploradora con un trócar del aspirador Potain, que en caso necesario ayudaria á la extraccion del pus, evitando así la entrada del aire de acuerdo con los preceptos de la cirujía. Pero antes de proceder á esta puncion, fué introducida una sonda á la vejiga, con el objeto de asegurarse de los límites del receptáculo urinario; al hacer el cateterismo, sin ejercer la más pequeña violencia con la sonda, se vió salir por ella pus en abundancia, bien ligado, sin fetidez alguna: hecha de nuevo la exploracion del lado del vientre, se vió que el tumor habia disminuido notablemente de volúmen, lo que autorizaba desde luego á deducir que el líquido purulento procedia de él, y que indudablemente más tarde habria seguido este mismo camino, que no era, á la verdad, el que se deseaba. Acto continuo se hizo por la misma vía una inyeccion de agua fenicada al milésimo, haciendo que la enferma se acostara del lado derecho para ver si penetraba al foco, cosa indudable, pues que el tu-

mor apareció más grande despues de la inyeccion, y presiones ejercidas sobre él de una manera metódica daban por resultado la salida abundante del líquido de la inyeccion más ó menos teñido por el pus; por entonces, el tratamiento se redujo á repetir por dos ó tres veces al dia la inyeccion intravesical, recomendando que siempre en cada una de ellas guardase la paciente los decúbitos favorables á la fácil entrada y salida del líquido de la inyeccion. Se insistió además en la administracion del calomel á dósis refracta, poniéndola ungüento napolitano á la fosa ilíaca derecha. La temperatura, que se habia mantenido á 38°5 ó 39°8, bajó á la normal.

En los dias siguientes, el tumor que al principio habia disminuido tanto en su volúmen, aumentó de nuevo, las manifestaciones generales del trabajo de supuracion siguieron su marcha apenas interrumpida, y la cantidad de pus que salia por la uretra no correspondia á la que de nuevo estaba encerrada en el foco. Tal estado de cosas habia desvanecido toda esperanza de curacion, si no se ponian en práctica medios más positivos. Con este fin, se decidió hacer una operacion quirúrgica cuyo resultado inmediato fuese en primer lugar dar una fácil salida á la supuracion, y en segundo permitiese intentar los diversos recursos de que la cirujía dispone para modificar ventajosamente las paredes de los abscesos profundos, todo esto sin que ningun órgano de importancia fuese afectado, produciendo inconvenientes tal vez mayores que las ventajas que se deseaban: todas estas circunstancias se lograban felizmente poniendo en práctica el procedimiento operatorio del Sr. Chacon para abrir los abscesos de la fosa ilíaca. Dicha operacion se verificó el dia 26 de Diciembre, para lo cual, cloroformada la enferma, se hizo una incision como de cuatro centímetros de extension paralela á la extremidad externa del arco de Poupart, y á dos centímetros abajo se dividió la piel y el tejido celular, no interesando en esto

vaso alguno de importancia; en seguida la aponeurosis del muslo, apareciendo en el fondo de la incision un espacio angular limitado hácia afuera por el costurero y arriba por el arco de Falopio; los dedos del operador vencieron con poco esfuerzo la resistencia del tejido conjuntivo que une el arco de Falopio al fascia ilíaca, y un torrente de pus demostró que se habia llegado al foco: despues, comprimiendo en el vientre, se vió que la fusion del tejido celular se habia propagado hasta la fosa ilíaca izquierda, pues haciendo presiones á este nivel salia tambien pus: se hizo un amplio lavatorio con agua fenicada, se puso un tubo de canalizacion en Y y una buena capa de algodon, y su vendaje. Como se ve, el Sr. Cordero siguió el procedimiento del Sr. Chacon, pues aunque hizo la incision paralela al arco de Poupart y no al borde interno del costurero, sin embargo no salió de la área del triángulo formado por el arco de Falopio, el costurero y el psoas-ilíaco.

Desde el dia de la operacion se prescribió curacion dos veces al dia, haciendo inyecciones fenicadas por el tubo, se suspendieron las de la vejiga y se observó con cuidado la orina, que á pocos dias salió limpia, habiendo ido disminuyendo poco á poco el pus que contenia, indicando esto que la abertura de la vejiga se habia cicatrizado.

El pus seguia saliendo con facilidad en abundancia, de un olor fétido y mezclado á gases que indudablemente venian por osmosis del intestino. La enferma se quejaba de que en la noche no podia dormir, lo que hizo que se le mandase algunos dias cucharada de jarabe de cloral en la noche.

Como la induracion que se sentia en la fosa ilíaca derecha no desaparecia, para favorecer su resolucion y acortar de esta manera la duracion del procesus, se le prescribió desde el dia 11 de Diciembre yoduro de potasio bajo la fórmula siguiente: agua destilada 60 gramos, yoduro de potasio 12 gramos, para tomar 10 gotas el primer dia é ir

aumentando 10 gotas cada dia hasta llegar á 100 y luego empezando de nuevo por 10: además, el dia 16 y 17 del mismo mes, píldora ter de masa azul inglesa, y el mismo dia 17 vejigatorio volante á la induracion. Entretanto, la temperatura que se habia seguido observando marcaba en la mañana la normal y en la noche ya 38°5, ya 39°2 y algunas veces 37°2, por lo que el dia 27 se le mandó sulfato de quinina un gramo en una cápsula de Planten. Para resarcir los gastos que la enferma hacia por la supuracion, y no habiendo perturbacion alguna en el intestino, se le permitió comiese lo que quisiera.

En esto llegó el año de 83; el estado de la enferma no podia ser más satisfactorio, la supuracion disminuia cada dia, su estado general no podia ser mejor, comia perfectamente y su estómago no se descomponia; sin embargo, la induracion de la fosa ilíaca no desaparecia, se extendia desde la espina ilíaca antero-superior hasta cerca de la cicatriz umbilical; así es que el dia 7 de Enero se le puso otro vejigatorio volante, y el dia 12 se le mandó fricciones de ungüento napolitano á las piernas hasta provocar la estomatitis, la que se presentó el dia 15; entonces se prescribió clorato de potasa al interior y en buches. La temperatura desde el dia 9 marcaba tambien en la noche la normal, y solo el dia 15 y 17 subió á 38° y décimos.

La supuracion habia disminuido á tal grado, que en algunas curaciones, al comprimir, solo salia una poca de serosidad, y la cicatrizacion era tan avanzada, que fué preciso el dia 19 cambiar el tubo de canalizacion por otro de menor diámetro; el fin de la curacion se veia próximo.

Mas el dia 27, despues de una elevacion de temperatura á 38°, al comprimir un poco adentro de la espina ilíaca anterior y superior, salió una cierta cantidad de pus bien ligado, flegmonoso; esto probaba que la induracion que se habia sentido siempre á este nivel, se fundia: se pensó entonces en abrir ampliamente otra vez el trayecto

hasta llegar al nuevo foco; consultado el Sr. Chacon, que vió á la enferma, fué de la misma opinion; mas por fortuna no fué necesario hacer tal cosa, pues colocado de nuevo un tubo de canalizacion de mayor diámetro y hechas con el mayor cuidado las curaciones á mañana y tarde, curaciones que no habian dejado de hacerse, é insistiendo en el uso del yoduro de potasio, volvió á disminuir la cantidad de pus; se tomó entonces la precaucion de no cambiar el diámetro del tubo, que era de cinco milímetros, y de meterlo lo más posible en el trayecto, el cual fué cubriéndose poco á poco de yemas carnosas; de tal manera, que en los últimos dias de Enero, al hacer la curacion, el tubo se encontraba siempre fuera, expulsado por los avances del trabajo de cicatrizacion. La temperatura no volvió á subir, se mantuvo á 37° y aun alguna vez marcó 36°. El dia 4 de Febrero se dejó sin curacion á la enferma; la induracion era apenas perceptible, y por último, el dia 15 del mismo mes se dió de alta, despues de diez dias de observacion. No le queda más que una cicatriz como de cuatro centímetros de extension, abajo del pliegue de la ingle derecha y paralela á él; la pierna la puede extender bien y anda perfectamente; la induracion desapareció por completo, y finalmente, no hay ningun enflaquecimiento gracias á la buena alimentacion que se le dió.



